SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**16088-850620**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA	**C.C.**	1.047.383.403	**IP/Nº de contacto**	14633
Correo electrónico contratista:	rochy_0311@hotmail.com				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 78822826678

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 5884209/2024 **Nº Compromiso SIIF** **38424**

Valor Total del Contrato	$ 43.464.200	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 43.464.200	**1**	**Del**	**13/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 3.274.700,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 40.189.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financieros del programa de Articulación con la educación media de acuerdo con lineamientos de la formación profesional integral, atendiendo las

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.274.700		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.274.700**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.039.198**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**N/A**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 785.928	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 98.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 125.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 818.675	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.506.080	$ 327.470	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 679.733	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.039.198,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.050.600,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	29.469,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.245.231,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Desarrollar actividades de apoyo en la planeación de los procesos del programa de formación asignado conforme a la red de conocimiento
Apoyar el proceso de inducción y reinducción de los aprendices asignados. fichas 2911818, 2911826, 2913345, 2913347 y 2911675.
Apoyar la gestión de los convenios para el programa de articulación con la educación media del Centro de Servicios Financieros.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

HECTOR GONZALO ROMERO REY
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO

ERNESTO ACEVEDO SOTO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA identificado(a) con CC 1047383403 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/05/2019
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS KENEDY
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 19 días del mes de febrero del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Skandia Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora Skandia Fondo de Cesantías

Certifica

A Quien interese

Que ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA identificada con cédula de ciudadanía número 1047383403 se encuentra afiliado(a) al SKANDIA FONDO DE CESANTÍAS bajo la afiliación número 600000503751 , vigente desde el 28 de Enero de 2009 .

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 19 de Febrero de 2024.

Atentamente,



WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

PORTAL-20240219-17:23-21266619

Skandia Fiduciaria S.A. asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el presente contrato frente al consumidor financiero.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14969982247

(415)7707212489984(8020) 000001496998224 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 4 7 3 8 3 4 0 3	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 7 3 8 3 4 0 3	2 0 0 5 0 1 2 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MACHUCA	PABA	ROSIRIS	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 78 B 56 A 04 SUR

42. Correo electrónico: rochy_0311@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 4 0 0 2 2 1 6	3 1 0 3 8 8 2 8 5 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 1	2 0 1 7 0 1 0 2	8 5 4 2	2 0 1 7 0 1 0 2			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 02 / 16 : 46: 36

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MACHUCA PABA ROSIRIS PATRICIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA SANTA MARTA
DIRECCIÓN: Carrera 19 # 23-65, Los Naranjos
CIUDAD DE LA SEDE: SANTA MARTA
TELÉFONO: 6054358314
EMAIL: santamarta@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-01-03

Nombres y apellidos: ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA
CC: 1047383403
Fecha de nacimiento: 03/11/1986
Edad: 37 **Sexo:** MASCULINO
Empresa: PARTICULAR
Fecha ingreso: 2024-01-03 / 10:17:24
Empresa usuaria:
Fecha salida: 2024-01-03 / 11:46:45
Cargo: CONTRATISTA



EXÁMENES REALIZADOS

- PSICOMETRICO
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- VISIOMETRIA
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL.

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Alex Mojica
Médico Esp. SG-SST
C.C. 1.094.248.041 / R.M. 13026808
Res. 2212 Univ. Libre

ALEX MOJICA
RM: 13026808
Firma y sello del médico

ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA
CC: 1047383403
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SANTA MARTA
DIRECCIÓN: Carrera 19 # 23-65, Los Naranjos
CIUDAD DE LA SEDE: SANTA MARTA
TELÉFONO: 6054358314
EMAIL: santamarta@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-01-03

Nombres y apellidos: ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA
CC: 1047383403
Fecha de nacimiento: 03/11/1986
Edad: 37 **Sexo:** MASCULINO
Empresa: PARTICULAR
Fecha ingreso: 2024-01-03 / 10:17:24
Empresa usuaria:
Fecha salida: 2024-01-03 / 11:46:45
Cargo: CONTRATISTA



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL.

Alex Mojica
Médico Esp. SG-SST
CC 1.094.248.041 / RM. 13026808
Res. 2212 Univ. Libre

ALEX MOJICA
RM: 13026808
Firma y sello del médico

ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA
CC: 1047383403
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

PREVENTSALUD IPS S.A.S.
NIT. 900540214-0
Calle 15 Sur #16-46
Cel. 317 298 48 90 - Tel. 757 53 28 - E-mail. administrativo@preventsaludips.com
www.preventsaludips.com



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 2,295

Ciudad: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) 19/02/2024 - 01:23 P. M. **Fecha Atención:** 19/02/2024 01:23:53p. m.

CC: 1047383403 **Nombres y Apellidos:** MACHUCA PABA ROSIRIS PATRICIA **Fecha de Nacimiento:** 03/11/1986 **Edad:** 37 AÑOS 3 MESES 16 DÍA

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** CARRERA 78B 56A-04 SUR **Teléfono:** **Celular:** 3104002216

Entidad: PARTICULARES **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA

Funciones del Cargo: **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

PERSONA RACIONAL, FLEXIBLE, POCO ORGANIZADA, DIFICULTAD EN LA SISTEMATIZACION DEL TRABAJO, CAPACIDAD DE ADAPTACION, DE ACTITUD REALISTA Y PRACTICA SOBRE LO AFECTIVO. ES CONSCIENTE DE SUS POSIBILIDADES Y LIMITACIONES, RECONOCE SU POSTURA ANTE EL ENTORNO, POSEE CONFIANZA Y SERGURIDAD, DEFIENDE SUS IDEAS, REFLEJA FUERTE TENDENCIA A LA ANSIEDAD O ANGUSTIA. RELACIONES INTERPERSONALES DE CORTE OBJETIVO Y POCA AFECTIVIDAD, PUEDE MOSTRARSE CAUTELOSA Y RESERVADA EN EL RELACIONAMIENTO, DIFICULTAD O POCA NECESIDAD DE EXPANSION AFECTIVA, INHIBICION DE LA EMOTIVIDAD COMO MECANISMO DE DEFENSA, INQUIETUD POR PROBLEMAS INTIMOS O SOCIALES, RELACIONES SUPERFICIALES O DE POCA DURABILIDAD, FORMALES, DE CALIDAD Y RESPETO, INAMDUREZ O REPRESION SEXUAL Y/O AFECTIVA, ACTITUD DE SERVICIO. REFLEJA AMBICION Y DESEO DE CRECIMIENTO, ESTABLECE METAS DE MANERA RACIONAL Y OBJETIVA, ES COMPETITIVA, CLARIDAD EN SUS PROYECTOS, PUEDE DEMOSTRAR MAS AMBICION DE LA QUE POSEE, DESEO DE AUTOAFIRMACION. FRENTE A LOS PROBLEMAS, SU REACCION TIENDE A SER DE EXCESIVA ANGUSTIA, DEPRESION Y ANSIEDAD, INVASION DE LA FANTASIA Y SUBLIMACION DE LA ANGUSTIA, NECESIDAD DE INVOLUCRARSE EN MULTIPLES ACTIVIDADES PARA DISPERSAR SENTIMIENTOS DE PREOCUPACION Y EXCITABILIDAD, DIFICULTAD EN LA BUSQUEDA DE SOLUCIONES O TOMA DE DECISIONES. ES PROACTIVA Y DINAMICA, CANALIZACION DE LA ENERGIA ADECUADA EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES, DIRIGE SUS ACCIONES HACIA AREAS ESPECIFICAS, TENDENCIA A LA AGITACION Y NECESIDAD DE ACCION. PENSAMIENTO SINTETICO E INTEGRATIVO DE IDEAS, CAPACIDAD DE RACIOCINIO. ACOGIMIENTO Y COMPROMISO CON LA NORMA Y VALORES SOCIALES E INSTITUCIONALES, PASIVIDAD Y NECESIDAD DE PROTECCION, PUEDE REALIZAR UN ANALISIS CRITICO ANTE LA NORMA, REFFLEJA INDEPENDENCIA, VIVENCIA PACIFICA CON LOS PROPIOS VALORES.

PACIENTE PRESENTA PRUEBA PSICOLOGICA, A NIVEL PSICOSOCIAL NO PRESENTA ALTERACIONES PARA MANEJO INTERPERSONAL, PACIENTE CON APTITUDES PSICOSOCIALES PARA CONVIVIR Y MANEJAR COMUNIDAD.

PSICÓLOGO

Firma:

Nombre: FORERO LOZANO CINDY

R. M.: 124809

Código de Seguridad
S877Y40E2295

PACIENTE

Firma:

Nombre: MACHUCA PABA ROSIRIS PATRICIA

CC: 1047383403

Hace constar:

Que el Sr(a) ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1047383403 realizó el día 19/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1047383403 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1047383403 el día 19/02/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA** identificado con **CC** No. **1047383403**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 05/02/2024 **Fecha de inicio de cobertura:** 06/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 05/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** CONTRATISTA

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401012543917.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

Certificado Bancario

Lunes, 19 de febrero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA identificado(a) con CC 1047383403, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	78822826678	2014/04/03	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4351962750

PÓLIZA No: 435 - 47 - 994000056224 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA** COD. AGENCIA: 435 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
12	02	2024	12	02	2024

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA** IDENTIFICACIÓN: CC **1047.383.403**

DIRECCIÓN: KR 78 C CL 56 A S 4 CIUDAD: POPAYÁN, CAUCA TELÉFONO: 6746429

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	12/02/2024	30/03/2025	4,346,420.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. CO1.PCCNTR.5884209

ENTIDAD SENA REGIONAL DISTRITO CAPITAL

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****4,346,420.00	$ **********25,000	$****11,000.00	$ ********6,840	$ **********42,840

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
ANGELA MARCELA ESTRELLA DELGADO	10326	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES.
Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000435196275

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CADB25790609FE795A

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ACE Seguros S.A.
Nit. 860.026.518-6
Calle 72 No. 10 –51 Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

571 319-0300 PBX
571 319-0400
571 319-0304 Fax
571 319-0408
www.acelatinamerica.com

POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES EN TRANSPORTE PUBLICO-D.M.

CONDICIONES GENERALES

OBJETO DEL SEGURO:

ACE SEGUROS S. A., quien en adelante se denominará LA COMPAÑÍA con sujeción a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por El Tomador, en las individuales presentadas por los Asegurados (siendo incluidas las informaciones suministradas a través del mercadeo masivo electrónico como: correo, fax, teléfono, guía de servicios) que forman parte integrante de este seguro, así como en las condiciones generales y particulares, indemnizará el valor asegurado contratado ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos o amparos:

CONDICION PRIMERA. COBERTURAS

1.1. MUERTE COMO PASAJERO EN TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

Mediante este amparo la compañía asume el riesgo de muerte accidental del asegurado mientras viaja como pasajero, habiendo pagado su pasaje, en un transporte público (según se define en esta póliza). El amparo otorgado comprende una cobertura hasta 180 días calendario, posteriores al accidente, siempre y cuando la muerte del asegurado sea consecuencia directa y exclusiva de las lesiones padecidas en el accidente.

Demostrada la ocurrencia del siniestro en las condiciones mencionadas LA COMPAÑIA pagará, de acuerdo a la opción contratada, la suma asegurada consignada en el cuadro de beneficios del certificado individual de seguro.

1.2. MUERTE COMO PASAJERO EN AUTO PARTICULAR

Mediante este amparo la compañía asume el riesgo de muerte accidental del asegurado, mientras viaja en automóvil particular o al ser atropellado como peatón en vía publica por cualquier vehículo. El amparo otorgado comprende una cobertura hasta 180 días calendario, posteriores al accidente, siempre y cuando la muerte del asegurado sea consecuencia directa y exclusiva de las lesiones padecidas en el accidente.

Demostrada la ocurrencia del siniestro en las condiciones mencionadas LA COMPAÑIA pagará, de acuerdo a la opción contratada, la suma asegurada consignada en el cuadro de beneficios del certificado individual de seguro.

ACE Seguros S.A.
Nit. 860.026.518-6
Calle 72 No. 10 –51 Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

571 319-0300 PBX
571 319-0400
571 319-0304 Fax
571 319-0408
www.acelatinamerica.com

1.3. FALLECIMIENTO EN OTROS ACCIDENTES

Mediante este amparo la compañía asume el riesgo de muerte accidental del asegurado siempre y cuando no estén excluidos expresamente en del seguro. El amparo otorgado comprende una cobertura hasta 180 días calendario, posteriores al accidente, siempre y cuando la muerte del asegurado sea consecuencia directa y exclusiva de las lesiones padecidas en el accidente no excluido.

Demostrada la ocurrencia del siniestro en las condiciones mencionadas LA COMPAÑIA pagará, de acuerdo a la opción contratada, la suma asegurada consignada en el cuadro de beneficios del certificado individual de seguro.

PAGRAFAFO: MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO

Para todos los efectos del presente amparo básico, se entenderá también como muerte accidental del Asegurado, la ocurrencia de alguno de los eventos señalados a continuación, que de origen a la declaración judicial, previa presentación de la sentencia debidamente ejecutoriada, mediante la cual el juez haya declarado la muerte presunta del asegurado con arreglo a la ley Colombiana

A. La desaparición en catástrofes naturales tales como terremotos, inundaciones, maremotos.
B. La desaparición en un río, lago, o mar.
C. La desaparición como consecuencia del extravío, caída, explosión, naufragio o encalladura de cualquier vehículo, respecto del cual no exista exclusión expresa de cobertura.

Demostrada la ocurrencia del siniestro en las condiciones mencionadas, ACE SEGUROS pagará, de acuerdo a la opción contratada, la suma asegurada consignada en el cuadro de beneficios del certificado de seguro.

CONDICION SEGUNDA - EXCLUSIONES

El presente seguro no ampara ni considera como muerte accidental del Asegurado aquella que sea consecuencia directa o indirecta de:

A. Suicidio, tentativa de suicidio, lesiones auto inflingidas, bien que el Asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.
B. Las lesiones o muerte causadas por terceras personas, con arma de fuego, corto punzante o contundente.
C. Las lesiones o muerte por dedicarse el asegurado a practicar o tomar parte en entrenamientos propios de deportes considerados en la literatura mundial como de alto riesgo, tales como buceo, alpinismo o escalada en roca, montañismo, escalada en hilo donde se haga uso de sogas o guías, espeleología, paracaidismo, planeadores, motociclismo, deportes de

ACE Seguros S.A.
Nit. 860.026.518-6
Calle 72 No. 10 –51 Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

571 319-0300 PBX
571 319-0400
571 319-0304 Fax
571 319-0408
www.acelatinamerica.com

invierno, carreras de autos o que se dedique profesionalmente a algún deporte.

D. Las lesiones o muerte del asegurado en caso de guerra, invasión o acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra, haya mediado o no declaración, guerra civil, sedición, revolución, asonada, motín, huelga, movimientos subversivos o en general cualquier clase de conmoción civil.

E. Las lesiones o muerte del asegurado por haber ingerido drogas tóxicas, alucinógenos o ingestión de estupefacientes. O cuando la persona asegurada conduzca cualquier clase de vehículo después de consumir alcohol etílico.

F. Las lesiones o muerte originadas en enfermedades físicas, congénitas, mentales, cualquier dolencia o tara preexistentes, enfermedades infecciosas excepto las infecciones bacterianas contraídas por una lesión accidental.

G. Cuando el accidente es consecuencia de haber infringido cualquier norma legal por parte del Asegurado.

H. Por intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas, las causadas por tratamientos médicos o rayos X, choques eléctricos etc., salvo que ellas obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado.

I. La causada en accidente de aviación, cuando el Asegurado viaje como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, salvo que vuele como pasajero en una línea comercial legalmente establecida y autorizada para transporte regular de pasajeros, pagando tiquete.

J La lesión o muerte originada en infecciones producidas por picaduras de insectos tales como malaria, tifo, fiebre amarilla.

K. Mientras el Asegurado se encuentre en servicio activo y en ejercicio de sus funciones, como militar, policía miembro de organismo de seguridad, de inteligencia, guardaespaldas o vigilante de cualquier país o autoridad.

L. La originada como consecuencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida S.I.D.A. o las enfermedades relacionadas con el virus V.I.H

M. La lesión o muerte debida al estado de gestación, alumbramiento, aborto o complicaciones sufridas a causa de cualquiera de estos estados.

CONDICION TERCERA – TOMADOR

Para efectos de esta póliza el tomador, en los términos del artículo 1038 del Código de Comercio, es la persona jurídica que ha convenido con LA COMPAÑÍA el seguro para un tercero determinado o determinable.

Las obligaciones del tomador cesarán una vez el seguro ha sido aceptado o ratificado por el tercero en consecuencia asume las obligaciones y derechos inherentes a éste.

ACE Seguros S.A.
Nit. 860.026.518-6
Calle 72 No. 10 –51 Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

571 319-0300 PBX
571 319-0400
571 319-0304 Fax
571 319-0408
www.acelatinamerica.com

CONDICION CUARTA – SEGURO COLECTIVO CONTRIBUTIVO, EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Para efectos de esta póliza, el seguro de accidentes personales es contributivo si la prima o precio del seguro es sufragada en todo o parte por cada asegurado.

LA COMPAÑÍA para efectos administrativos y de operación, podrá identificar en sus sistemas de información cada riesgo asegurado bajo un número de identificación único y podrá expedir un documento póliza matriz.

Los asegurados, recibirán de LA COMPAÑÍA, las condiciones generales y particulares del seguro, así como el certificado de seguro.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo básico y los amparos adicionales que se especifiquen en el certificado de seguros serán los siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Muerte Accidental	De 18 a 65 años más 364 días	Hasta los 69 años más 364 días
Incapacidad Total y Permanente por accidente	De 18 a 64 años más 364 días	Hasta los 65 años más 364 días.

CONDICION QUINTA- VIGENCIA.

La vigencia será determinada o determinable, según se indica en cada certificado de seguro. En todo caso La póliza matriz para efectos administrativos tendrá la vigencia indicada en la misma.

CONDICION SEXTA - VALOR Y AJUSTE DE PRIMAS

El valor de la prima para cada persona asegurada será el señalado en el certificado de seguro.

LA COMPAÑÍA, incrementará la suma asegurada, así como el valor de la prima, dependiendo del resultado técnico de la vigencia y del comportamiento del mercado de seguros y reaseguros, dicho incremento será el indicado en el certificado individual de seguro. LA COMPAÑÍA podrá realizar incrementos adicionales de prima conforme a las tasas vigentes al momento de la renovación.

CONDICION SEPTIMA – VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

La suma asegurada del amparo básico y/o de los amparos adicionales, si los hay, se considerará individualmente para cada asegurado, de acuerdo con el valor asegurado y la forma indicada en cada certificado de seguro.

ACE Seguros S.A.
Nit. 860.026.518-6
Calle 72 No. 10 –51 Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

571 319-0300 PBX
571 319-0400
571 319-0304 Fax
571 319-0408
www.acelatinamerica.com

CONDICION OCTAVA – DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Corresponde a cada asegurado hacer la designación de sus propios beneficiarios pudiendo ser ellos a título gratuito.

Cuando no se hubiere designado Beneficiario o la designación fuere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, tendrán la condición de tales, el cónyuge del respectivo Asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de haber sido designados genéricamente como beneficiarios los herederos del Asegurado.

CONDICION NOVENA - PAGO DE PRIMAS

En el seguro contributivo, corresponde a cada asegurado proveer los recursos necesarios para que el recaudador efectúe el pago oportuno de las primas a la Compañía.

El pago de la prima en el presente seguro se podrá efectuar de manera anual, semestral, trimestral, mensual o única, conforme acuerdo entre las partes, con base en los amparos contratados y a la tarifa indicada en el certificado de seguro.

El pago de la primera cuota de la prima debe realizarse dentro del plazo estipulado en el certificado de seguro, por consiguiente, si ocurre algún siniestro, que afecte el amparo principal, dentro ese periodo la Compañía pagará el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago hasta completar la anualidad respectiva.

Si las dos primas posteriores a la primera cuota, no fueran pagadas en los plazos establecidos en el certificado de seguro, se producirá la terminación del seguro y LA COMPAÑIA quedará libre de toda responsabilidad por las reclamaciones que le sean presentadas.

CONDICION DECIMA – INDEMNIZACION

En caso de la ocurrencia de un evento que pueda dar lugar a la reclamación bajo el presente seguro, El Asegurado y/o Beneficiario según el caso, deberá dar aviso a LA COMPAÑÍA de su ocurrencia dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes.
Para que LA COMPAÑÍA, efectúe el pago de la indemnización correspondiente al presente seguro, El Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, presentaran pruebas fehacientes, que demuestren la existencia del hecho amparado. Sin embargo LA COMPAÑÍA podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la oportunidad, de ser procedente, a través de sus médicos de examinar a la persona asegurada, mientras dure la reclamación o se

ACE Seguros S.A.
Nit. 860.026.518-6
Calle 72 No. 10 –51 Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

571 319-0300 PBX
571 319-0400
571 319-0304 Fax
571 319-0408
www.acelatinamerica.com

encuentre pendiente una reclamación contra el presente seguro, o cualquiera de sus anexos.
LA COMPAÑÍA pagará la indemnización al Asegurado o a los Beneficiarios, según sea el caso, dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o beneficiario haya formalizado la reclamación.
El Asegurado, los Beneficiarios, los herederos legales o sus representantes personales, según el caso, quedarán privados de todo derecho procedente del presente seguro, en caso de que la reclamación presentada a LA COMPAÑÍA sea de cualquier manera fraudulenta o, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o documentos engañosos o dolosos o cualquier otro medio para sustentarla.

CONDICION DECIMA PRIMERA - DECLARACION INEXACTA O RETICENTE

En el seguro de accidentes personales, corresponde a cada asegurado declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo. La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro.

En caso de presentarse alguna de las condiciones consagradas en el artículo 1058 del Código de Comercio, que pudiera dar lugar a las sanciones allí consagradas, éstas sólo afectarán al asegurado que se encuentre en tal condición y no producirá efectos respecto de los demás asegurados en las pólizas colectivos.

CONDICION DECIMA SEGUNDA- RENOVACION AUTOMATICA

Para todos los efectos, el seguro se renovara de manera automática en la fecha de su vencimiento, por un período igual al inicialmente contratado, si el Asegurado no manifiestan por escrito su decisión de no renovar, dando aviso a LA COMPAÑÍA con una anticipación no menor a un (1) mes de la fecha de su vencimiento.

Si La Compañía, decide no renovar el contrato de seguro, procederá a dar aviso a cada asegurado, de su decisión con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que cese sus obligaciones y enviará noticia escrita, a la última dirección registrada de cada asegurado, informando su decisión.

CONDICION DECIMA TERCERA- REVOCACION DEL CONTRATO

El Asegurado podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado a LA COMPAÑÍA, por escrito, siendo en todo caso responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación, incluyendo las primas

ACE Seguros S.A.
Nit. 860.026.518-6
Calle 72 No. 10 –51 Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

571 319-0300 PBX
571 319-0400
571 319-0304 Fax
571 319-0408
www.acelatinamerica.com

a prorrata por el período que comienza con el plazo de gracia y termina en la fecha de revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

CONDICION DECIMA CUARTA- TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquier asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

1. Por muerte del Asegurado, o por dejar de pertenecer al colectivo asegurado tratándose de un seguro no contributivo.
2. Por falta de pago de las primas de acuerdo a lo establecido en el contrato de seguro, si la prima ha sido fraccionada.
3. Por vencimiento y no renovación de la póliza colectiva tratándose de un seguro no contributivo.
4. Por cancelación de la tarjeta de crédito, cuenta corriente o de ahorros, o incapacidad de pago cualquiera que sea su mecanismo de descuento.
5. Por revocación del seguro por parte de cada integrante del seguro colectivo, en los seguros contributivos.
6. Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el contrato de seguro.
7. Cuando LA COMPAÑÍA paga la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

PARÁGRAFO: Si el Asegurado es quien solicita la terminación del contrato de seguro, ello ocurrirá en la fecha de recibo de la solicitud escrita por parte de LA COMPAÑÍA.

CONDICION DECIMA QUINTA - DUPLICIDAD DE POLIZAS

El Asegurado, no podrá estar amparado por más de un seguro, correspondiente a este mismo plan y colectivo asegurado. En caso de estarlo, ello no le dará derecho a exigir los dos pagos de la indemnización, toda vez que El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia del primer seguro, para que LA COMPAÑÍA se abstenga de expedir otro. En caso de no hacerlo y ocurriere el siniestro se considerará, a esta persona asegurada solamente con el seguro que le proporcione el mayor beneficio. LA COMPAÑÍA devolverá en tal caso, el valor de la prima pagada en el otro seguro, reconociendo solamente el corriente interés legal.

ACE Seguros S.A.
Nit. 860.026.518-6
Calle 72 No. 10 –51 Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

571 319-0300 PBX
571 319-0400
571 319-0304 Fax
571 319-0408
www.acelatinamerica.com

CONDICION DECIMA SEXTA – DEFINICIONES

- **TARJETA- HABIENTE**: Es el titular del medio de pago utilizado para comprar este seguro.
- **ASEGURADO:** Es la persona natural titular del medio de pago a quien la compañía le ampara los riesgos objeto de este seguro. También se considerará asegurado el cónyuge del asegurado, siempre y cuando emita su consentimiento para el aseguramiento.
- **TOMADOR:** Es la persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena traslada los riesgos.
- **ACCIDENTE:** El hecho violento, externo y fortuito, independiente de la voluntad del asegurado o de los beneficiarios de la póliza, que cause la muerte o lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles y que no se encuentre excluido del seguro.
- **TRANSPORTE PUBLICO:** Es cualquier medio de transporte terrestre, aéreo trasbordador fluvial o marítimo, barco, tren, tranvía o tren subterráneo, debidamente autorizado por las autoridades correspondientes para operar un transporte público de pasajeros pagando pasaje y conducido por un conductor con la debida licencia. Se considera para esta definición como transporte público automóviles de alquiler con conductor y vuelos charter legalmente establecidos.
- **VIAJAR**: Significa al encontrarse dentro o sobre, o al entrar o descender de un vehículo público o automóvil privado.

CONDICION DECIMA SEPTIMA -INTRANSFERIBILIDAD

Se acuerda que la presente cobertura de la póliza no será transferible a persona alguna; por lo tanto ningún depósito, fideicomiso, traspaso, acto o contrato, producirá efectos respecto a LA COMPAÑÍA, la cual quedará liberada definitivamente, en virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o sus herederos legales cuando aquel haya fallecido. Así mismo, esta cláusula será aplicable a todos los anexos que accedan la presente póliza.

CONDICION DECIMA OCTAVA- NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

ACE Seguros S.A.
Nit. 860.026.518-6
Calle 72 No. 10 –51 Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

571 319-0300 PBX
571 319-0400
571 319-0304 Fax
571 319-0408
www.acelatinamerica.com

CONDICION DECIMA NOVENA- DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la Calle 72 No.10-51 piso 7 de la ciudad de Santa fe de Bogotá D.C., República de Colombia.

FIRMA AUTORIZADA
ACE Seguros S.A.
Nit 860.026.518.6

27092011-1305-P-31-FORMA APTDM11

AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

El presente amparo de Incapacidad Total y Permanente por Accidente, hace parte integrante de la póliza de Accidentes Personales, siempre y cuando se haya incluido en el cuadro de amparos de la solicitud certificado de seguro, sus modificaciones o renovación, de acuerdo con el valor asegurado contratado, quedando sujeto a todos los términos, condiciones y excepciones señaladas en las condiciones generales de dicho seguro junto con las que a continuación se estipulan.

AMPARO

LA COMPAÑIA S.A. indemnizará el valor asegurado contratado, al asegurado, o en su defecto al curador designado por el juzgado, una vez se acredite que durante la vigencia de este seguro, el Asegurado presenta Incapacidad total y Permanente, como consecuencia única, exclusiva y directa, de lesiones físicas sufridas en un accidente amparado por la póliza y no excluido por ella,.

PARAGRAFO PRIMERO: Para todos los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente por accidente, la invalidez igual o superior al cincuenta por ciento (50%) sufrida por el asegurado menor de 65 años de edad, cuya fecha de estructuración este dentro de la vigencia del seguro, originada en lesiones físicas orgánicas o alteraciones funcionales no preexistentes y no causadas intencionalmente por éste, que se encuentra debidamente calificada por cualquiera de las Juntas de Calificación de Invalidez establecidas legalmente en el territorio nacional.

ACE Seguros S.A.
Nit. 860.026.518-6
Calle 72 No. 10 –51 Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

571 319-0300 PBX
571 319-0400
571 319-0304 Fax
571 319-0408
www.acelatinamerica.com

EXCLUSIONES

El presente anexo no ampara la incapacidad total y permanente determinada por cualquiera de los siguientes eventos:

1. Cualquier acto de guerra, declarada o sin declarar, sedición, rebelión o asonada.

2. Sirviendo en labores militares en las fuerzas armadas o de policía de cualquier País o autoridad Internacional.

3. Viajar como piloto o tripulante de naves aéreas, incluyendo helicópteros.

4. Lesiones autoinflingidas intencionalmente, bien sea que El Asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.

5. En la práctica, entrenamiento o participación en competencias correspondientes a deportes como el buceo, alpinismo o escalamiento en montañas, espeleología paracaidismo, planeadores, automovilismo, motociclismo, deportes de invierno y en general práctica de deportes de manera profesional.

SUMA ASEGURADA

El valor asegurado será el establecido en el certificado de seguro para cada integrante del colectivo asegurado.

PARÁGRAFO: La indemnización por Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al pago por muerte, por lo tanto una vez pagada la indemnización por Incapacidad Total y Permanente, LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad.

RECLAMACIONES

Para que LA COMPAÑÍA proceda al pago de la indemnización por el presente amparo, el asegurado o el respectivo curador designado por el juzgado deberán acreditar la ocurrencia del siniestro, aportando los documentos que demuestren las condiciones establecidas en el presente amparo.

DUPLICIDAD DE ESTE AMPARO

El Asegurado, no podrá estar amparado por más de un seguro, correspondiente a este mismo plan y del mismo colectivo asegurado. En caso de estarlo, ello no le dará derecho a exigir los dos pagos de la indemnización, toda vez que El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia del primer seguro, para que LA COMPAÑÍA se abstenga de expedir otro. En caso de no hacerlo y ocurriere el siniestro se considerará, a esta persona asegurada solamente con el seguro que le proporcione el mayor beneficio. LA COMPAÑÍA devolverá en tal

ACE Seguros S.A.
Nit. 860.026.518-6
Calle 72 No. 10 –51 Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

571 319-0300 PBX
571 319-0400
571 319-0304 Fax
571 319-0408
www.acelatinamerica.com

caso, el valor de la prima pagada en el otro seguro, reconociendo solamente el corriente interés legal.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARAN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA DE SEGURO A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE AMPARO ASI MISMO SE REGIRAN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CODIGO DE COMERCIO.

FIRMA AUTORIZADA
ACE Seguros S.A.
Nit 860.026.518.6

23092011-1305-A-31-FORMA APDM13

CONDICION PARTICULAR -PARTE INTEGRAL DE LA POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES APT 32-9955

TOMADOR : COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

ANEXO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA NO PREEXISTENTE

Mediante este amparo LA COMPAÑIA, asume el riesgo de muerte del asegurado, con sujeción a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el tomador o por el asegurado, en las condiciones generales y particulares, así como en los anexos, que son parte integrante de este seguro.

PARÁGRAFO 1: MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO. Si no se encontrase el cuerpo del asegurado LA COMPAÑIA, pagará de acuerdo a la opción contratada, la suma asegurada consignada en el cuadro de beneficios de la solicitud-certificado de seguro, previa presentación de la

ACE Seguros S.A.
Nit. 860.026.518-6
Calle 72 No. 10 –51 Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

571 319-0300 PBX
571 319-0400
571 319-0304 Fax
571 319-0408
www.acelatinamerica.com

sentencia debidamente ejecutoriada mediante la cual el juez haya declarado la muerte presunta del asegurado.

PARÁGRAFO 2: MUERTE POR SUICIDIO: Durante los doce (12) primeros meses de vinculación del Asegurado al contrato de seguro, esta no ampara el suicidio, en consecuencia no queda obligada LA COMPAÑIA, al pago de ninguna indemnización por este evento.

Transcurrido el plazo señalado, el suicidio de los Asegurados se encuentra amparado bajo el presente seguro.

PARÁGRAFO 3: PREEXISTENCIAS: LA COMPAÑIA, no otorga cobertura al asegurado cuando la muerte es consecuencia de patologías preexistentes al momento de suscribir la solicitud – certificado de seguro.

Demostrada la ocurrencia del siniestro en las condiciones mencionadas, LA COMPAÑIA pagará, de acuerdo a la opción contratada, la suma asegurada consignada en el cuadro de beneficios del certificado de seguro

LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARAN, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA A LA CUAL ACCEDE, ASI MISMO SE REGIRAN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CODIGO DE COMERCIO.

FIRMA AUTORIZADA
ACE Seguros S.A.
Nit 860.026.518.6

Transacción Aprobada

Si presenta algún inconveniente al realizar la transacción comuníquese con la línea: 3152254421

Esta es la información sobre su pago:

DATOS DE LA EMPRESA	
Empresa:	Aseguradora Solidaria de Colombia
Dirección:	Cll 100 # 9a - 45, Piso 12 - Bogotá - Colombia
Teléfono:	#789 opción 4
Nit:	8605246546

DATOS DEL CLIENTE	
Tipo de Identificación:	4351962750
Identificación:	191.104.100.160
Nombre:	MACHUCA PABA
Email:	rochy_0311@hotmail.com
IP:	191.104.100.160

DATOS DEL PAGO	
FORMA DE PAGO	
No. Pago:	43519627500
Medio de Pago:	Pagos ACH PSE
Fecha del Pago:	12/02/2024
Ticket ID:	43519627500
Transacción/CUS:	450902126
Tipo de usuario:	Persona
Estado Transacción:	Transacción Aprobada

DATOS DEL PAGO	
Concepto:	POLIZAS
Ciclo Transacción:	4
Banco:	BANCOLOMBIA
Cód. de servicio:	1001
Total:	42840
Total Iva:	0

* Esta transacción esta sujeta a verificación

IMPRIMIR ESTA PÃ□GINA

RETORNAR AL COMERCIO

CERTIFICADO DEPENDIENTES

Bogotá D. C. 20 de febrero de 2024

Señores:
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
La Ciudad

Asunto: Información De Dependientes Para Efectos De Hacer Uso Del Beneficio Tributario De Deducible De La Base Gravable De Retención En La Fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informó que las personas relacionadas a continuación, tiene la calidad de dependiente a mi cargo:

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO	NOMBRE	PARENTESCO
Registro Civil	1141380494	Sara Daniela Jimenez Machuca	Hija

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informó en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

Firma:



Nombre: ROSIRIS PATRICIA MACHUCA PABA
Documento: cc 1047383403